

## Revista de revistas

### Medicina

**ARON (E.):** Estudio de la úlcera experimental y del papel de los aminoácidos en su evolución. Aplicación en el tratamiento de las úlceras gastroduenales. (Tesis Strasburgo 1933).

El autor describe los métodos empleados para provocar la formación de úlceras experimentales en los perros, para demostrar que la úlcera es una lesión por deficiencia, debida a la ausencia de elementos proteicos indispensables para la vida. Consiguió con inyecciones de 2'5 cc. una mezcla de triptófano e histidina, impedir la formación de una úlcera que había comenzado en la parte inferior del íleon, por desviación de las secreciones duodenales.

Estos ensayos demostraron que, entre todas las materias proteicas vitales, que no se pueden sintetizar en el organismo, solamente la histidina puede impedir la formación de una úlcera de esta naturaleza. Al contrario, en las heridas experimentales (ablación de una parte de la mucosa gástrica) el único preparado capaz de acelerar la cicatrización fué el triptófano.

En los casos de úlceras la histidina disminuye en mayor o menor proporción la acidez del estómago. Al contrario, los aminoácidos ensayados no tuvieron acción sobre las secreciones gástricas de las personas que no presentan úlcera del tracto gastrointestinal.

Durante el tratamiento con histidina y triptófano, los enfermos recibieron una alimentación rica, sin tener en consideración el régimen apropiado.

La mayor parte de los enfermos recibieron 20 inyecciones de 6 cc. de la mezcla, a la dosis de 1 por día. Además de las 5 historias mencionadas en su trabajo anterior, el autor describe 3 nuevos casos.

A 2 enfermos se les trató por inyecciones de solución de triptófano al 2 % y a otros solamente con inyecciones de histidina solución al 4 %.

Los síntomas clínicos consecutivos a las inyecciones de histidina y triptófano se manifestaron por la buena tolerancia, casi inmediata de la alimentación ordinaria. Los vómitos, mareos, etc., desaparecen rápida y definitivamente. Según el parecer del autor, este tratamiento de las úlceras gastroduodenales ya quedaría justificado por la mejoría conseguida.

Los dolores desaparecieron para no volver, según la observación de estos enfermos durante varios meses. En los casos de úlceras recientes los dolores desaparecieron después de 2 ó 3 inyecciones. En casos de úlceras antiguas callosas, o bien de úlceras duodenales, hay que llegar a la 6.<sup>a</sup> ó 7.<sup>a</sup> inyección para que desaparezcan.

El estado general mejora. Un fuerte aumento del apetito y una mejor digestión provocan un aumento rápido de peso, observándose diferencias de 2 a 7 kg. durante el tratamiento. Esta mejoría tan rápida del estado general podría servir de base para el diagnóstico diferencial con otras enfermedades del tracto gastrointestinal.

Las hemorragias del intestino cesan rápidamente. En un paciente se pudo evitar la operación prevista de una úlcera con repetidas hemorragias, desapareciendo éstas después de la tercera inyección.

La influencia sobre la acidez estomacal no está tan clara, pero el contenido del estómago se vacía más rápidamente mejorando los espasmos, la hiperquinesia y la hipersecreción.

Hay que ser prudente en la interpretación de las radiografías. En los casos de úlcera reciente, los nichos desaparecen durante el tratamiento con Hemostra, lo que no indica con seguridad el resultado de la cura. Las úlceras callosas quedan visibles, a pesar de la mejoría clínica.

Administrando el triptófano solo, no se consiguió una disminución notable de los dolores. El paciente tratado únicamente con el triptófano, no ha ganado apetito y se enflaqueció durante la cura. No se pudo evitar la formación de una segunda úlcera, mientras que con las



inyecciones de histidina siempre se obtuvo una mejoría.

En las mismas proporciones, la solución de histidina al 4 % (Larostidina "Roche"), inyectada sola, tiene una acción mayor a la mezcla de los dos aminoácidos vitales. Una cura de 20 inyecciones de 5 cc. de solución al 4 % de histidina (Larostidina "Roche") siempre da resultados clínicos durables.

Las inyecciones de histidina, así como también las de la mezcla de estos dos aminoácidos, siempre fueron bien toleradas. El autor aconseja las inyecciones por vía hipodérmica.

**TZANC (A.) y COTTE (J):** Las intolerancias renales. *La Presse Med.*, núm. 21, p., 415, 14 de marzo de 1934.

Del estudio efectuado por los autores deben retenerse las siguientes nociones:

1.º Un grupo de hechos merece ser individualizado, pues pone en evidencia en ciertas nefritis la importancia de la reacción individual del terreno.

2.º Hechos entrevistados ya desde largo tiempo por distintos autores que sucesivamente han invocado para explicarlos, la anafilaxia, la coloidoclasia, etc., situándolos en el grupo de estados morbosos de sensibilización, de intolerancia, dicen los autores, para hacer notar lo que los diferencia de los fenómenos tóxicos. Hemos querido demostrar, dicen los autores, la gran variedad de sustancias que pueden dar lugar a esta clase de fenómenos (mercurio, oro, arsénico, aspirina, etc.).

3.º Clínicamente el aspecto varía extremadamente según el sujeto, lo que impide individualizar un tipo clínico de intolerancia renal.

4.º Prácticamente, no obstante, los hechos son apreciables con dosis mínimas de las sustancias tóxicas que los provocan, o hasta por la naturaleza no tóxica de estas sustancias (reactógenas) por la existencia de otras reacciones de la misma índole (urticaria, *shock* anafiláctico, etc.), por la evolución a veces extraordinariamente benigna de estas nefritis, por la ya conocida sensibilidad del sujeto a la sustancia que puede ya ha provocado accidentes de este tipo.

5.º Estos procesos de intolerancia no son necesariamente puros; pueden añadirse a los

procesos tóxicos o infecciosos, pero insisten particularmente en los casos en que el factor intolerancia aparece mayormente si no exclusivamente.

6.º El interés de estos hechos no es, pues, únicamente de orden clínico o diagnóstico (puesto que no existe una nefritis de intolerancia tipo), ni de orden pronóstico (ya que tales manifestaciones pueden ser graves); es sobre todo de orden analítico, pues es menos un capítulo aparte de la patología renal que un elemento de interpretación de hechos ya conocidos.

A. R.

**KLAUS SCHNEYER:** Sobre un nuevo espasmolítico, similar a la atropina.

El autor empleó durante varios meses el Syntropan en el Hospital Municipal. El preparado es interesante farmacológicamente por obrar al mismo tiempo sobre las terminaciones nerviosas del parasimpático, como la atropina, y sobre la musculatura, como la papaverina. La práctica ha demostrado que la papaverina y los otros medios de acción muscular no son bastante activos para combatir los estados espasmódicos de los órganos de la musculatura lisa. Por otra parte, al emplear atropina o preparados de belladona, se producen los conocidos efectos secundarios: midriasis, modificaciones de la circulación, disminución de la salivación.

Para tener una idea bien clara de la acción del nuevo preparado Syntropan, se ha fijado más en los casos en los que la acción pudiera ser comparada con seguridad completa, que en el número de los mismos. La acción sobre el intestino es fácil de comprobar. En numerosos casos de estreñimiento espasmódico, úlcus duodenal y ventricular, así como de gastritis, se administró tres veces al día un comprimido de 0,02 gr. Syntropan. En casos de dolores agudos se inyectó 1 c. c. correspondiendo a 0,01 gr. de Syntropan, volviendo a repetir la inyección después de media hora en los casos más graves. El resultado de la medicación pudo ser observado haciendo la defecación fisiológica. También se atenuaron los dolores desde el primer día, media a tres cuartos de hora después de la inyección. En casos muy rebeldes se dieron 2 comprimidos tres veces al día.



Aún con estas dosis no se produjeron acciones secundarias, tanto en la administración por vía oral como en la parenteral se comprobaron diferencias individuales en la intensidad y la duración del efecto sedante. El autor atribuye esta desigualdad a la acidificación del jugo gástrico.

Otro grupo de ensayos fueron los en que se emplearon el Syntropan como espasmolítico en enfermedades de las vías urinarias y del hígado. En estos casos hay que fiarse de las indicaciones subjetivas de los pacientes. Para llegar a una conclusión más objetiva, el Syntropan fué reemplazado a veces por otros preparados, sin advertírsele a los enfermos. Con la misma dosificación más arriba indicada se administraron comprimidos o bien inyecciones durante los dolores, consiguiendo así una interrupción de los dolores de 4-5 horas. Se trataron casos de litiasis, colecistitis, coelicitiasis y nefrolitiasis.

El autor describe de modo muy completo los efectos particularmente favorables del Syntropan en un caso de endoarteritis obliterante. Se trataba de un paciente habiendo sufrido lúes y nicotismo más tarde, después de un tratamiento terapéutico se produjo momificación del dedo pulgar del pie derecho y crisis de dolores vasculares sumamente dolorosas, tratadas con todos los medios físicos y los más modernos medicamentos. La enfermedad vascular se pudo dominar y las crisis dolorosas solamente se pudieron aliviar con la administración de morfina y de derivados. Se suprimieron después todas las otras medicaciones, administrando diariamente 3 veces 1-2 comprimidos de Syntropan, o en caso de necesidad una inyección subcutánea de 1-2 ampollas. Inmediatamente se aliviaron los fuertes dolores del paciente. Se puede atribuir sin duda al Syntropan esta mejoría, pues interrumpido el tratamiento, el enfermo empeora.

Teniendo en cuenta estos ensayos, el autor opina sobre el nuevo espasmolítico diciendo:

"En los casos observados, el Syntropan ha dado buenos resultados. Su acción antiespasmódica la hemos probado en el canal gastrointestinal, las vías urinarias, en el hígado y en el sistema vascular. Su largo campo de indicaciones, su intensidad de acción es superior, en muchos casos a la de los espasmolíticos conocidos, y además por carecer de toda acción secundaria innecesaria le colocan en una posición de preferencia sobre los medicamentos espasmolíticos y antidolorosos."

**PIAGGIO (A. y R.):** Colecistitis agudas con hepatitis y azoemia extrarrenal. *Archivos Uruguayos de Med. Cir. y Esp.* T. IV, núm. 5, mayo de 1934, pág. 470.

1.<sup>a</sup> En toda colecistitis existe una hepatitis satélite.

2.<sup>a</sup> Las hepatitis satélites de las colecistitis o hepatitis paracolecistíticas, pueden ser latentes o tener una exteriorización clínica más o menos evidente.

3.<sup>a</sup> Algunos casos de colecistitis graves que requieren una intervención quirúrgica, se acompañan además de la hepatitis, de una azoemia extrarrenal.

4.<sup>a</sup> El desarrollo de la azoemia extrarrenal, en el curso de las hepatocolecistitis, está en parte vinculado a la decloruración con hipocloremia y en parte a trastornos funcionales de la célula hepática.

5.<sup>a</sup> La hiperazoemia de origen extrarrenal en el curso de las hepatocolecistitis obliga (salvo casos de urgencia inmediata) a la institución de un tratamiento médico conveniente previo a la intervención.

6.<sup>a</sup> Este tratamiento médico consistirá en re-cloruración intensiva, hidratación y drenaje médico de las vías biliares.

7.<sup>a</sup> En ciertos casos, en que la azoemia con tratamiento médico no cede completamente, y el enfermo empeora, una intervención oportuna de drenaje puede mejorarla completamente

A. R.

**FERRER-SOLERVICENS (F.), ALEMANY (R.) y GONZALEZ (M.):** Un caso de asma bronquial. *Annals de Medicina*, pág. 519, t. XXVIII, núm. 6, junio de 1934.

Enferma asmática de 51 años, comenzando el proceso con fenómenos catarrales paroxísticos en fosas nasales que descendieron a las vías respiratorias bajas dando origen a un estado asmático que persistió con alteraciones por espacio de varios años, muriendo la enferma en un ataque en pleno período de asfixia. La autopsia demostró: pulmones enfisematosos con bronquios dilatados dando salida a conglomerados filamentosos de moco-pus; el esturio microscópico de



las lesiones puso de manifiesto: mucosa bronquial hiperplasiada con descamación en sitios diversos, corion engrosado, tejido submucoso infiltrado por gran número de células eosinófilas, capa muscular hipertrofiada, luz bronquial obstruida por tapón mucoso que en su parte central adopta disposición espiroidea, recordando las formaciones de Curschmann. Corazón normal. Acompaña un resumen de las historias clínicas encontradas en la literatura, de asmáticos muertos en pleno ataque.

A. R.

**USUA (J.):** Peritonitis encapsulante crónica. *Revista Médica de Barcelona*. A. XI, T. XXI, núm. 126, junio de 1934.

La peritonitis crónica encapsulante es una enfermedad poc frecuente, que afecta al individuo adulto generalmente y que se caracteriza por la hiperproducción de tejido fibroso en el peritoneo, que adoptando la forma de cápsula encierra en su interior mayor o menor cantidad de órganos de la cavidad abdominal.

El origen más frecuente parece ser una lesión inflamatoria, aguda o crónica, de localización variable, a partir de la cual tendría lugar el desarrollo del proceso.

Podemos distinguir dos tipos de lesión según el tipismo de la forma, la antigüedad de las lesiones, la intensidad de la reacción inflamatoria y el diferente pronóstico y tratamiento.

El pronóstico y el tratamiento son buenos en la segunda forma, a la que pertenece este caso y la descapsulación es el tipo de operación realizable que conduce a la curación en la mayoría de las ocasiones.

A. R.

**HUGOLOT (H.) y SOHIER (R.):** La reacción de Takata-Ara. (La réaction de Takata-Ara. Test d'insuffisance hepatique). *Revue Méd. Chir. des Maladies du foie*. Enero-Febrero 1934.

La reacción de Takata-Ara es una reacción de floculación, obtenida poniendo en presencia el suero que se propone estudiar diluido en porción

conveniente y un reactivo preparado recientemente por medio de una solución de sublimado 0.50 % y una solución de fuchina 0.02.

Es una reacción simple y parece traducir un trastorno de la proteinemia, caracterizada por una inversión de la relación serina globulina y a este título ella puede suplir y aún reemplazar, el dosaje químico de las albúminas, de técnica delicada.

De las investigaciones de Hugonot y Sohier, se desprende que la reacción es positiva en las afecciones acompañadas de un ataque profundo del parénquima hepático o de una insuficiencia funcional grave, ella es paralela a las perturbaciones clínicas de la proteinemia, como se observa en las cirrosis. Es negativa en las otras enfermedades o disfuncionamiento hepático (cáncer, hepatitis infecciosa, congestiones, sífilis hepática, ictericias).

La han encontrado positiva en el curso de las infecciones severas sanguíneas (Kala-Azar), al mismo tiempo que se encontraba un desequilibrio de las albúminas sanguíneas. Su mecanismo se resume en una floculación, testimonio de modificaciones cuantitativas de la proteinemia (inversión del cociente S/G.) y puede ser modificaciones cualitativas (aumento de euglobulina).

Para los autores la positividad junto a la constatación de una disminución de proteínas totales del suero, les ha parecido realizar un excelente testigo, sino exclusivo, de predominante lesión hepática.

A. R.

**ORTEGA (L.):** Consideraciones electrocardiográficas de las estenosis mitrales. *Rev. Med. Cubana*. A. 516, T. XIV, núm. 5, mayo 1934.

Este artículo expone un estudio de doce casos de estenosis mitral considerados electrocardiográficamente.

Se observan sus distintas fases y se propone una denominación.

(a) I. Fase.—*Período eléctrico de repercusión inicial auricular*: Caracterizado por aumento del voltaje de P. 5 décimas de milivolt. Acortamiento del espacio T-P.

(b) II. Fase.—*Período eléctrico de adaptabilidad ventricular*: Caracterizado por: decre-



cimiento gradual de  $R_1$  y aumento de  $S_1$ ; después  $R_1$  y  $S_1$  adquieren valores iguales, últimamente  $S_1$  predomina sobre  $R_1$ ; mientras  $R_3$  aumenta constituyéndose un E. C. G. de predominancia derecha. Compruébase esto en E. C. G. seriados por los distintos valores que adquiere el eje eléctrico.

(c) III. Fase.—*Período eléctrico de regresión e inestabilidad A-V*: Caracterizado por: las modificaciones de altura de P. (aplanamiento, melladura, desdoblamiento) finalmente fibrilación auricular o cualquier otro tipo de arritmia.

Conclusión.—Debido a las distintas fases presentadas es por lo que no existen signos propios de estenosis mitral, en el electro-cardiograma.

A. R.

**CIBILS (R)**: Fundamentos para establecer la ley de vacunación obligatoria antidiftérica. *La Semana Médica*. Buenos Aires, núm. 32, pág. 365. A. XLI, agosto 9, de 1934.

1.<sup>a</sup> Constituyendo, hoy por hoy, la vacunación por la anatoxina el procedimiento más eficaz para evitar la difteria, como lo comprueban diez años de experiencia extranjera y nacional, y siendo su aplicación absolutamente inofensiva, creo que debe propenderse por todos los medios a intensificarla, tanto en el orden nacional como provincial o comunal, ya que, como sostiene Debré: "Hoy poseemos, gracias al más reciente de los descubrimientos biológicos realizados en este dominio, la posibilidad de inmunizar a cada hombre, *fácilmente, impunemente* y sin duda *definitivamente*".

Pero, como para obtener una franca disminución de la morbilidad y aspirar a la desaparición de la mortalidad diftérica, objetivo de un plan eficaz de profilaxis colectiva, es requisito indispensable llegar a inmunizar más de la mitad de la población infantil, a contar desde el primer año de edad, ha analizado el pro y el contra del problema profiláctico que en nuestro país representa el poder alcanzar ese alto porcentaje de vacunados, con los medios que hasta ahora hemos contado, dentro de un plazo suficientemente rápido para que resulte eficaz.

Contamos ya, en parte, con el primer factor de éxito: el convencimiento de la masa popular y médica de la utilidad e inocuidad de la vacuna antidiftérica.

*Sin embargo, para establecer su práctica sistemática y generalizada, conceptúo que falta aún el segundo factor, es decir, el organismo directivo estable, capaz de orientar, coordinar, financiar y ejecutar una campaña profiláctica de las vastas proyecciones que nuestro país exige.*

Fundamento esta afirmación en el análisis imparcial de los resultados hasta ahora obtenidos en las diversas campañas iniciadas y pocas realizadas con éxito entre nosotros.

Ninguna se ha difundido como debiera esperarse y la mayor parte se esterilizan o languidecen por falta de una dirección única y estable que al coordinarlas, no sólo las oriente científicamente, uniformándolas como corresponde, sino también que al saberlas mantener y poderlas financiar, tenga el derecho de controlarlas para llegar a perfeccionarlas.

Sólo es capaz de llenar ese vacío, una ley que, al establecer la vacunación antidiftérica obligatoria, contemple también estos diversos aspectos del problema, que considero fundamentales.

Y así, sólo con el contingente de los niños vacunados sistemáticamente al cumplir el año de edad, tendríamos automáticamente inmunizada, al cabo de cinco años, casi la mitad de la población infantil de la República y automáticamente, también, la masa restante de los que entran luego a nuestras escuelas primarias, bajo el imperio de la obligación.

2.<sup>a</sup> Como todas las experiencias demuestran que la inmunidad conferida por la anatoxina es durable a punto tal, que seis años después de la vacunación, el porcentaje de sujetos inmunizados se mantiene generalmente sin variación, o aun llega por la inmunización oculta a ser superior al inicialmente encontrado y dosado. Y como, además, la curva de morbimortalidad diftérica disminuye con la edad, opino que una vez en vigencia la ley de vacunación obligatoria, no tendría objeto pensar en la revacunación, de la cual nadie ha tratado aún, pues el problema sólo podría plantearse en el momento de ingreso a las escuelas y resolverse ante las Schick entonces positivas.

3.<sup>a</sup> Dado que la vacunación antidiftérica es inofensiva, como lo demuestran las estadísticas



nacionales y extranjeras, puede vacunarse impunemente a todo niño, con la sola excepción general de las infecciones agudas.

4.<sup>a</sup> Dictada la ley, debe hacerse extensivo su cumplimiento hasta los doce años de edad. Después de esta época la escasa morbimortalidad diftérica y la mayor intensidad de las reacciones, no hacen aconsejable la vacunación sistemática, sino condicional.

A. R.

## Cirugía

**BONACCORSI (A.):** Contribución experimental al estudio de la embolia aséptica en el pulmón frenicectomizado y en el contralateral. *Archv. Ital. de Chir.*, V. XXXVI, Fasc. IV. Abril de 1933.

El autor se ha propuesto estudiar experimentalmente las consecuencias de la embolia aséptica en el pulmón frenicectomizado comparativamente al contralateral.

Expone algunos conocimientos de orden general sobre el infarto hemorrágico y sobre el infarto necrobiótico isquémico, recuerda los medios empleados para lograr experimentalmente las embolias, y las más recientes investigaciones para seguir el curso del émbolo; de los resultados obtenidos y de sus investigaciones deduce algunas conclusiones.

Demostrado que el efecto de la frénico-exéresis analizado desde el punto de vista radiográfico, anatómico y funcional es variable, puesto que no en todos los casos se obtiene una igual y notable elevación del diafragma, una definitiva inmovilización y posición, ya que gradualmente el diafragma tiene tendencia a descender y a en mayor o menor grado renovar su movilización. Concluye el autor que la gravedad, localización y difusión del proceso embólico no varía con las alteraciones de la red venosa en la que se ha producido el émbolo.

La más frecuente localización es en el lóbulos diafragmático, así como en el esternal del pulmón frenicectomizado. El proceso anatómo-patológico que se desarrolla en el lado de la frénico-exéresis no se distingue de los otros

sino por una mayor gravedad, ya que pueden darse no solamente infartos hemorrágicos de las zonas cortical y marginal, sino porque se dan necrobiosis isquémicas de distinta densidad y extensión.

Por último, después de exponer las diversas lesiones tisulares determinantes de la embolia y de la trombosis, su mecanismo de producción y a la posibilidad de que en el trombo no se observen partículas de bismuto a pesar de una observación radiológica perfecta y atenta, concluye afirmando que en el pulmón frenicectomizado, en relación con el contralateral, son más evidentes los signos de conjuntivación y de esclerosis.

V. ARTIGAS

**ODY y PIOTROWSKI:** Un caso de hipersecreción de las suprarrenales tratado con la suprarrenalectomía. *Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir.* T. LIX, núm. 27. Oct. 1933, p. 1.220-25.

Los autores exponen el caso de una mujer quejándose desde 15 meses de cefaleas que aparecen por brotes, insomnio, estado de fatiga extrema, dolor agudo en el epigastrio. El examen demuestra una hipertensión arterial permanente alrededor de 18-11; un pielograma demuestra la existencia de una sombra en forma de visera de casco sobre el riñón derecho con una deformación que ensancha la pelvis.

Por vía retroperitoneal el autor extrae la suprarrenal derecha: la operación se lleva a cabo con completo éxito sin resección costal, sin que el hígado ni la vena cava, cuidadosamente aislada, hayan ocasionado dificultades técnicas de índole especial.

El examen histológico (Pr. ASKANAZY) demuestra una hipertrofia global, de tipo adenomatoso, con la medular rica en elementos cromáfinos y la cortical con abundancia de gotas lipóideas.

El curso post-operatorio fué francamente favorable: los trastornos funcionales desaparecieron, la tensión arterial, 11 meses después de la intervención, es de 13-8.

V. ARTIGAS



**BIANCHI (G.):** Sobre la osteomielitis de la escápula. *Arch. It. de Chir.*, p. 575, V. XXXVI, F. 5, mayo de 1934.

Según el autor, la ósteomielitis de la escápula es una forma morbosa de no excepcional rareza que debe tenerse presente en todos los casos de procesos inflamatorios violentos de la espalda y del dorso.

El tratamiento racional de esta dolencia debe ser en un primer tiempo: la incisión tan precoz como sea posible de las partes blandas que envuelven la colección purulenta; en un segundo tiempo: la resección de la parte de hueso necrosada (alguna vez bastará la apertura del hueso neoformado para efectuar la extirpación de un secuestro, es decir, la secuestrotomía).

El espacio de tiempo que debe mediar entre la incisión de las partes blandas y la resección, deberá ser indicado en cada caso según las condiciones locales y generales del enfermo, pero no deberá nunca ser demasiado espaciado, ya que en tal caso se alarga extraordinariamente la curación.

El funcionalismo, aun en los casos afectos de recidivas, puede ser recuperado, mientras se tenga la precaución de respetar la envoltura de periostio proliferante.

V. ARTIGAS

**HABERER (H. VON):** Sobre el tratamiento quirúrgico de la ictericia simple. *Deutsch. Zeits. Chir.* T. CCXXXIX, f. 7-8, marzo de 1933, pág. 417-32.

La ictericia simple, que en principio requiere un tratamiento médico, puede en los casos severos desembocar en una atrofia aguda o subaguda del hígado; en estos casos se trata casi siempre de una coleditiasis o de un tumor que se manifiestan por una angiocolitis; es entonces cuando el drenaje de las vías biliares, cuya más simple expresión es la colecistostomía, es la operación preferible, puesto que es capaz de asegurar la curación. El autor recomienda añadir al tratamiento quirúrgico las inyecciones intravenosas de suero glucosado y de insulina.

Hasta en los casos graves en los que el sujeto está ya en estado comatoso, si a consecuencia

de la intervención quirúrgica se restablece el flujo biliar, hay que establecer un buen pronóstico. El autor cuenta con 17 casos tratados mediante el drenaje de las vías biliares, con 16 resultados excelentes controlados a largo plazo.

V. ARTIGAS

**STANBURY (W. S.):** Alteraciones diafragmáticas subsiguientes a la frenicectomía: estudio de 11 necropsias. *American Review of Tuberculosis*, 29: 528. Mayo 1934.

El autor hace un análisis de 11 casos de atrofia diafragmática, por frenicectomía. El método operatorio seguido fué el de Félix. La duración de la parálisis oscilaba según los casos, entre tres semanas y seis años. Tres semanas después de la sección del nervio frénico, se aprecia ya una atrofia diafragmática, la cual es completa hacia el cuarto mes. Histológicamente, la atrofia del hemidiafragma paralizado, aparece completa y uniforme.

En un caso, existían en una área limitada, algunos manojos de fibras musculares normales, esparcidas entre las atroficas. El autor atribuye esto, más que a una regeneración muscular, a una inervación accesoria supletoria.

En vista de las marcadas alteraciones en las vísceras abdominales, que existían en diez de los casos, llegando incluso en tres de éstos, a presentarse una obstrucción gastroduodenal, el autor cree que debe ser tenido esto en cuenta al discutirse la indicación de esta intervención en el tratamiento de las enfermedades pulmonares.

E. JUNCADELLA

## Fisiología

**SAVAGNONE (L.):** Influencia del calcio sobre el contenido en plaquetas de la sangre. *Il Policlinico*, 41 p. 763. 21 mayo 1934.

Administra diez centímetros cúbicos de gluconato cálcico por vía intravenosa diariamente a diez pacientes afectos de tuberculosis pulmonar. Una hora después de la inyección compro-



bó la existencia de un aumento en el número de plaquetas de la sangre. Este aumento es sólo transitorio; en efecto, hacia las cinco o seis horas el número de plaquetas vuelve a la cifra primitiva. Al cabo de un mes de practicar insistentemente este tratamiento, los resultados fueron nulos, no se encontraron variaciones permanentes en la cifra de plaquetas en ningún enfermo. Estos resultados están de acuerdo con los obtenidos por el mismo autor en una anterior investigación, ya publicada, según los cuales, el calcio no modifica de un modo permanente, el mecanismo de coagulación de la sangre.

E. JUNCADELLA

**BLUMENFELD (C. M.):** Variaciones del peso de las glándulas suprarrenales de ratas, sujetas a una alimentación deficiente en grasas y en vitamina E. *Endocrinology* 18: 367 mayo-junio 1934.

Hace un estudio de las glándulas suprarrenales de 176 ratas, con objeto de determinar las alteraciones producidas por modificaciones dietéticas, en el peso de la cortical y de la medular de estos órganos.

En varias ratas normales el examen de las glándulas suprarrenales en el curso de su primer embarazo, por lo que respecta a su peso, dió resultados normales tanto para la porción cortical como para la medular. En ratas privadas de vitamina E y sacrificadas en el curso de su segundo embarazo, se encontraron glándulas suprarrenales con la capa cortical dudosamente hipertrofiada y la medular francamente atrofiada.

Manteniendo ratas con una dieta pobre en vitamina E, antes de su primer embarazo y administrándoles después esta vitamina, si se sacrifican durante el siguiente embarazo, se encuentran unas glándulas suprarrenales aumentadas de tamaño, debido a una hipertrofia de la capa cortical. La medular recuperó su peso normal.

Una dieta deficiente en grasas produjo en ratas machos y hembras una atrofia de las glándulas suprarrenales interesándose las dos porciones, cortical y medular. La administración de

ácidos grasos, principalmente linoleico, no dió lugar al restablecimiento del peso normal. El peso de la porción medular aumentó, pero no el de la cortical.

E. JUNCADELLA

**DAMBROSI (R. G.):** Papel del páncreas en la reconstitución del glucógeno muscular después de la fatiga. *Comptes rendus de la S. Argentina de Biol.* Buenos Aires, 5 octubre de 1933.

Se ha estudiado la influencia de la extirpación del páncreas sobre la reconstitución del glucógeno muscular durante una hora de reposo, después de la fatiga. Durante las dos horas después de la ablación se observa una reconstitución normal; pero progresivamente se transforma en deficiente, y al cabo de un período que varía entre 4 y 24 horas, es muy débil o nula al cabo de una hora de reposo. Se trata de un retardo y no de una supresión de la reconstitución, ya que la misma se produce si se prolonga 2 o 3 horas el reposo. Esto explica que después de 24 ó 48 horas de extirpado el páncreas se encuentre en general una tasa normal de glucógeno muscular. Si a sujetos privados de páncreas desde 24 horas que ya no reconstituyen el glucógeno muscular en una hora, se les inyecta insulina o no se les injerta páncreas, la reconstitución se hace normalmente. La secreción de la insulina desempeña un papel preponderante en el aumento de la velocidad de reconstitución del glucógeno muscular después de la fatiga.

V. ARTIGAS

## Urología

**ISNARDI (U.):** Sobre uretrotomía interna. *Revista Argentina de Urología.* Año II, número 7, 1933.

Considerando el autor que en la práctica se abusa de la uretrotomía interna, trata de puntualizar las indicaciones de dicha intervención, de acuerdo a su criterio.

Sintetiza sus indicaciones como sigue:

1.° Las estrecheces que por cualquier causa



resisten a la dilatación progresiva o ella sea imposible.

2.º Cuando haya urgencia en drenar la vejiga, para evitar accidentes debidos a la retención o la infección, o para introducir instrumentos endoscópicos.

3.º En el absceso urinoso, cuando no pueda drenarse la vejiga por medio de la sonda, como complemento de la escisión del absceso.

4.º Cuando coexiste una enfermedad grave que no permita esperar.

5.º En los tumores duros de uretra, como tiempo previo a su extirpación.

6.º En las estrecheces congénitas y traumáticas.

7.º En los enfermos con pronóstico de breve supervivencia.

Insiste en la necesidad de hacer seguir la intervención de dilataciones progresivas.

A. R.

## Pediatría

**BONABA (G.) y PLACE (M.):** Causas y formas clínicas de las distrofias del lactante en las ambulatorias. *Arch. Uruguayos de Med. Cir. y esp.*, p. 551, T. IV, núm. 6, Junio 1934.

Las distrofias más frecuentes son las de origen directa o indirecta, exclusiva o parcialmente alimenticias, y por consiguiente pueden en gran parte ser evitadas. Los factores responsables son sobre todo la alimentación artificial precoz, inapropiada, insuficiente o carenciada.

Las distrofias por hipo-alimentación a pecho son raras y en general benignas.

Las distrofias de origen congénito son importantes por su frecuencia y gravedad.

Las causas constitucionales, exclusivas o asociadas, intervienen frecuentemente; raramente, sin embargo, llevan por sí solas a la distrofia grave.

Las distrofias por infección ocupan un lugar importante.

Muy frecuentemente la etiología de las distrofias es múltiple (distrofias mixtas).

La profilaxia de las distrofias se confunde y casi se identifica con la profilaxia de la mortalidad infantil; debe enfocarse esencialmente los factores sociales (miseria, ignorancia, ilegitimidad, destete precoz), oponiendo los remedios sociales.

La profilaxia de las distrofias alimenticias reposa fundamentalmente en la difusión de la alimentación natural, en la vigilancia técnica del desarrollo del lactante y en las buenas condiciones cuantitativas y cualitativas de la alimentación artificial, cuando ésta es necesaria.

A. R.

## Terapéutica

**DEMEL y SGALITZER:** Los resultados terapéuticos obtenidos con la arteriografía a nivel de las extremidades. *Wien. Klin. Woch. a.* XLVI, núm. 33, 18 agosto de 1933, p. 1.017-21.

Los autores han observado que la arteriografía hecha como medio de diagnóstico (uroselectán al 40 %, abrodil al 20 %), provocaban en la arteritis obliterante la arterioesclerosis periférica y la tromboangiitis obliterante, una sedación tal del dolor, que ciertos enfermos podían suprimir toda terapéutica calmante, andar y hasta trabajar, mientras que anteriormente estaban obligados a guardar cama. Al mismo tiempo se observa la desaparición de la palidez y un aumento de la temperatura local a nivel de la extremidad o extremidades afectadas, demostrando las manifiestas modificaciones del sistema capilar.

Hechos parecidos han sido ya publicados especialmente por Schiller; parecen actualmente difíciles de interpretar. ¿Se puede sospechar que la arteriografía es capaz en ciertos casos de hacer desechar la amputación?

Los autores aportan los resultados de sus propias observaciones. En un total de 58 enfermos examinados, han obtenido resultados inesperados y duraderos, constatados durante 1, 2 y hasta 3 años.

V. ARTIGAS